



TITLE:

雜纂

AUTHOR(S):

CITATION:

雜纂. 日本外科宝函 1933, 10(2): 495-505

ISSUE DATE:

1933-03-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203313>

RIGHT:

雜 纂

第33回近畿外科學會演說

(前號ヨリ續ク)

21. 腎腫瘍臨牀診斷上ノ注意

岩 城 達

腸骨窩ニ流注膿瘍ノ存スル際ニハソノ側ノ腎腫瘍ハ特ニ後方即 Trigonum Petiti ノ方カラ觸レ得ヌコトガアル。從ツテ腎臟部ニ當ツテ腫瘤ノ存スル時ハ必ズ膀胱鏡検査檢尿ソノ他腎腫瘍ニ必要ナル諸検査ヲ行フベシ。(日本外科實函第9卷第5號參照)

22. 術前ニ診斷サレタル腎缺除症

京都(帝大外科) 庄 山 省 三

右腎臟ハ肥大シ遊走腎ナル患者アリ。膀胱鏡検査ニテ左輸尿管口ノ缺如及ビ Pneumodiagraphie ニテ左腎臟ノ輪廓缺如ヲ認メ、左腎缺除症ノ診斷ニ到着セリ。試験の手術ノ結果果シテ術前診斷ノ如ク左腎缺如症ナリ。然モ副腎ハ正常ニヨリ其下部ノ脂肪組織内ヨリ檢鏡的ニ腎盂原基ト認ム可キモノヲ發見セリ。(日本外科實函10卷1號京都外科集談會記事參照)

23. 巨大ナル先天性腎臟混合腫瘍ノ1治驗例

大 阪 堤 丈 夫

(缺席)

24. 腦外科ニ關スル2, 3ノ經驗

京都(帝大外科) 荒 木 千 里

第1例。15才、男兒。

右上肢ノ cerebrale Monoplegie, Mikrocephalus ガアリ精神的ニハ白痴、約半年來全身癲癇發作ガ毎日1—6回アル。此患者ニ左、側腦室前角穿刺ニヨツテ Ventrikulographie ヲヤツテ見ルト輕度ノ内腦水腫ガアリ特ニ左ノ側腦室ガ大キク、且ツ此部ノ腦實質ハ右側ニ比シテ約 2/3 ニ菲薄トナツテ居ル。此ハ腦室穿刺ノ際ニモ既ニ知ラレタ事デアツテ即チ頭蓋骨表面ヨリ穿刺針ヲ僅ニ 1.8 釐刺入シタ丈ケデ腦室内ニ達シ腦脊髄液ガ勢ヨク迸出シタ事ニヨツテ譯ツテ居タノdealガ、此ガ Ventrikulographie ニヨツテ確メラレタノdeal。

手術ニヨツテ左側顱頂部ヲ開イテ見ルト、硬腦膜ハ諸所ニ於テ軟腦膜ト纖維性乃至纖維素性ニ癒着シ、所ニヨツテハ此ヲ剝離スル際軟腦膜血管ヲ損傷シテ出血ヲ招イタ位deal且ツ此癒着部ニ於テハ硬腦膜ハ一般ニ肥厚シテ居リ纖維性癒着部デハ約2倍位ニナツテ居ル所モアル。軟腦膜ハ其血管ノ走行ニソヒ或ハ腦溝ノ部ニ於テ乳白色一可ナリ強ク混濁シテ居ル。腦自身ニハ著明ナル Mikrogryi ガアル。穿顱孔ヨリ指ヲ入レテ指ノ達シ得ル範圍ニ亘リ癒着ヲ剝離ス。

術後約1ヶ月間ハ癲癇發作モ輕イノガ一回起ツタ丈ケデ氣嫌モヨク家人ニ對シテモ非常

ニ從順ニナツテ居タガ術後第34日ヨリ再ビ癲癇發作現ハレ次第ニ回數ヲ増加シ毎日5—7回トナツタ。ヨツテ第64日ニ第2回手術ヲ行ヒ再ビ同一部位ニ於テ頭蓋腔ヲ開イテ見ルニ硬腦膜ハ再ビ諸所ニ於テ腦表面ト強ク癒着シテイル。但シ今回ノ癒着ハ前回ノ其トハ全然趣ヲ異ニシ、腦表面及ビ硬腦膜内面ニ粟粒大淡黃ノ小結節ガ10—20個集團ヲナシテ居ル所ガ諸所ニアツテ此結節群ニヨツテ硬腦膜ト腦表面トガ強ク癒着シテ居リ此癒着ハ剝離甚タ困難デアル。從ツテ此部分ノ硬腦膜ヲ切除シ更ニ「デアテルミー」刀ヲ以テ此等腦表面ノ結節群ヲモ全部腦實質ノ表層ト共ニ切除シ、次イデ硬腦膜缺損部ニハ左大腿ヨリトツタ筋膜瓣ノ移植ヲ行ツタ。

組織検査ニヨレバ此等ノ小結節ハ定型的ノ結核結節デアル。即チ第1回手術後2ヶ月ノ間ニ手術部腦表面ニ結核ヲ發生シタノデアル。コノ患者ハ術後第15日手術部ニ相當スル腦軟化症ニヨツテ死亡シタノデアルガ、剖檢ノ結果斯ル結節ハ手術部以外ノ部分ニハ見ラレナカツタ。即チ第1回ニ手術操作ヲ加ヘタ腦部分ニ限ツテ限局性ノ Meningo-encephalitis tuberkulosa ヲ來シタコトハ注目スベキ事ト思ハレル。

第2例。4歳、女。

1年半前カラ兩側視力障礙ガアリ目下ハ全ク失明シテイル。發病來ヒドイ頭痛ガアル。4ヶ月前カラ時折癲癇様ノ全身痙攣發作ガアル。眼科的ニ左側ニ光覺ガ少シ殘ツテイル丈ケデ兩側トモ視力ハ全然ナイ。兩側トモ postneuritische Sehnervenatrophie ガアル。鬱血乳頭ハナイ。X線検査デ Sattelgrube ハスベテノ方向ニ向ツテ正常ノ約2倍大ニ擴大シテイル。腰椎穿刺ニヨツテ Encephalographie ヤツテ見タガ空氣ハ全然腦室内ニ入ラナイ。又コレニヨツテ腦底腫瘍ノ像モ現ハレナイ。ヨツテ1週間後ニ側腦室前角穿刺ニヨツテ Ventrikulographie ヲ行ツタガ内腦水腫ハ認メラレナイ。側腦室蝶形ガ正中線ヲ越ヘテ右ニ移動且ツ左側腦室ガ右ヨリ大キイト思ハレタ。 ●

以上ノ所見ヨリ腦下垂體部腫瘍トクニ suprasellär ノ腫瘍デアラウト考ヘ、手術トシテ transfrontal .intradural ニ左頭葉ヲ押上ゲテ腦下垂體ヲ露出シテ見タガ Chiasma ノ部分ハ全ク frei デコレガ何ラカーヨツテ壓迫サレテイル様ナ所見ハ全クナイ。腦下垂體モ大キクナツテイル。

即チ臨床的ニハ正ニ腦下垂部ノ腫瘍ト思ハレタニ拘ラズ事實ハ腦下垂體部ニハ全然變化ガナカツタノデアル。此患者ハ術後10時間半ニシテ昏睡狀態ノ儘死亡シタガ、不幸ニシテ剖檢ヲナシ得ナカツタノデ、腦ノ他ノ部分ニ腫瘍ガアツタカ否カハワカラナイガ、斯ル謂ハバ Pseudohypophysentumor トデモ云フベキ例ハ昨年獨乙外科學會ニ於ケル Röpke ノ宿題報告ノ中ニモ同様ノモノガ1例認メラレル。腦下垂部ノ手術トクニ intrakraniell ノ手

術例が未だ一般ニ少イノデ、斯ル症例ニ對シテ特ニ注意ヲ惹イテ居ナイガ、斯ル例ハ單ナル誤診トシテハ濟マサレスモノト思フ。多クノ症例ヲ積ンデ何ントカハツキリ説明シタイモノデアル。

第3例。5歳、男兒。Postencephalitische Epilepsic.

手術ニヨツテ左頭蓋穹窿部蜘蛛腹下腔ノ Liquorcyste ヲ見出シタ患者デアルガ、術前ノ Encephalogramm ヲ見ルト、同側頭蓋腔ハ他側ニ比シテ明ニ空氣ヲ盈タス事が少ク陰影ガ濃イ。尙同側側腦室ガ他側ニ比シテ大キイ。

25. 腸管ノ異常位置ト作用トノ關係

岐阜 吉益雄太郎

(原稿未着)

26. 胃 微 毒

京都 迫間忠義

ワ氏反應ノ陰性ノ場合ノ胃微毒例ニ就イテ述べ、胃腫瘍及胃潰瘍切除術後ハ組織的検査ノ忽ニナラザル事ニ言及セリ。

追 加

京都 今津九右衛門

予ノ經驗シタル症例ハワ氏反應強陽性、外科的切除後組織學的検査ノ結果胃防護腫ナル事ヲ發見セルモノナリ。

本患者ハ切除當時ヨリ13年ヲ經過セル今日猶健全ニ生活シツ、アリ。

本患者ニ就テ當時予ノ行ヒタル手術前ノ胃液検査ノ所見ハ總酸度ハ60内外ナルニ拘ハラズ遊離鹽酸ヲ缺カシ、乳酸反應ハハウツヘルマン氏反應強陽性、非常ニ多數ノ乳酸菌、リザルチナヲ發見ス、レベフシン及ピュラフ酵素ハ多少減少シ肉眼的ニ胃液ハ褐色ヲ呈シ潛血液反應ハ強陽性ニテ全ク胃癌ト同一ノ胃液所見ナリキ。其後11年經過セル後ノ胃液検査時ノ所見ハ無酸性胃炎ノ狀態ヲ示セリ。

胃液ニ就テ當時予ハ種々ノ方面ヨリコレヲ検査シツノ結果胃癌ト胃微毒トヲ胃液所見ノミヲ以テ判別スル事ハ不可能ナル事ヲ認メタリ。

猶ワ氏反應陽性ニテ胃部ニ腫瘤ヲ觸レ、シカモソレガ驅微療法ニ依ツテ消失シ、癰痕收縮ニヨル幽門部通過障害モ起サザリシ例、及ビワ氏反應陽性ニテ驅微療法ニヨリアル程度迄腫瘤ハ縮少セルモ終ニ死亡セル症例ガ鏡檢ノ結果癌腫ナリシ例ヲ述べ、胃部腫瘤ガ驅微療法ニヨリテ多少縮少スル場合ニ於テモ元來ソノ數少ナキ胃微毒ニノミ餘リトラハル、事無ク、矢張り胃腫瘍ノ絶對多數ヲ占ムル胃癌ト云フ疑ヒハ常ニ念頭ニ置ク必要アル事ニ就イテ述べタリ。

27. 胃ノ比較的稀ナル腫瘍2例ニ就テ

京都(帝大外科) 鬼束惇哉

第1例 31歳。女子。嘔吐、上腹部鈍痛、嘔噎、尿黑變等ヲ訴ヘ、自ラモ上腹部ニ腫瘤ヲ觸レ得ル患者ニシテ、WaR 陰性、胃液ノ遊離酸缺除、總酸度20前後ナルモノニ就キテ、胃切除(ビルロート氏第1法)ヲ行ヒ(昭和7年5月27日)、切除胃ノ組織學的検査(藤浪名譽教授)ニ依ツテ非特殊性炎症性腫瘤ナル事ヲ發見シ、然モ腫瘤中ニハ魚骨其他ノ、機械的刺戟ヲ與フルガ如キ、異物ノ存在ヲモ認メ得ザル症例ニ就キテ述ブ。(本例ハ目下健在)

第2例 21歳。女子。殆ンド第1例同様ノ障碍(但シ尿黑變ナシ)ヲ訴ヘ、胃液ノ遊離酸

30内外、總酸度50前後、貧血強キ患者ナリ。全胃剔出手術(食道空腸吻合)ヲ施シ、剔出胃ニ就キテ組織學的検査ヲ行ヒ胃紡錘細胞肉腫ナル事ヲ確メタル症例ニ就キテ述ブ。尙患者ハ術後半年ニシテ獨立歩行退院セルモ、貧血甚ダ強く榮養低下セリ。腸管ノ一部ヲ臍置セルタメ貧血原因タル十二指腸蟲ノ驅除ヲ完行シ得ズシテ、貴重ナル症例ニ點睛ヲ缺キタル事ヲ遺憾トシ、術前寄生蟲驅除ノ必要ナル事ヲ特ニ強く感ジタリ。

28. 臍腸管殘遺ノ1例

京都(帝大外科) 姫 井 淑

25歳ノ女ニ急性虫様突起炎ノ疑ヲ以テ手術ヲ行ヒタルニ虫様突起ニハ何等ノ變化ヲ認メズ。一般ニ小腸ハ充血シ到ル所無數ノ蛔虫ヲ證明ス、然シ凝塊ヲナセル所ナシ。廻盲辨ヨリ約50cm口側ニテ極メテ輕度ノ約3cmノ下降性腸重積アリ。然シ之ニヨリ通過障害ヲ來セリト考ヘラル、所見例ヘバ口側腸管ノ膨大肛門側腸管ノ虛脱等ナシ。又循環障害或ハ炎症性變化モ之ヲ認メズ。極メテ容易ニ解離スルコトヲ得タリ。即患者ノ示シタ症狀ハ腸重積ニヨルモノトモ考ヘラレス。更ニコノ口側ニテ廻盲辨ヨリ約1米位ノ腸間膜ニ腸管附着部ヨリ約2cm離レテ硬キ索狀物附着シノ他端ハ臍部ノ腹膜ニ到ル。長さ約13cm太サハ部位ニヨリ一定セザルモ太キ所ハ小指頭大ナリ。コノ爲ニ腸管ノ絞扼サレタル所ナシ。管テ腹膜炎ヲ經過セリト考ヘラル、所見ヲ全く缺如セル點カラ臍腸管ノ殘遺セルモノト考ヘラル。

要スルニ本例ハ蛔虫ニヨル急性腸炎ニシテ、腸管重積ハ蠕動昂進ニヨル二次的又ハ症候的ノモノト思ハレル。カ、ル輕度ノ小腸相互ノ腸重積ハ *agonale Invagination* トシテ小兒ノ屍體ニ見ラレ小兒ニ於テハ生前ニ起ルコトモアリ。本例ニ於テハ腸重積モ臍腸管殘遺モ共ニ偶然ノ所見ナルモカ、ルモノニ遭遇スルコトハ比較的稀ナリ。

29. 急性腸管閉塞症ニテ閉塞部位ノ相違ニ因ル生存時間ノ長短ニ關スル實驗的研究

京都(帝大整形外科) 東 三 平

急性腸管閉塞症ニ於テ、其閉塞部位ガ高位ナル程其症狀激烈ニシテ生存時間短ク、低位ナル程其症狀緩慢ニシテ生存時間ノ長キコトハ、幾多ノ臨床的觀察及ビ實驗的研究ニ依リテ明カニセラレタル事實ナリ。然レドモ其原因ニ關シテハ未ダ定説ヲ見ズ。余ハ家兎ヲ實驗動物トシテ幽門部、十二指腸乳頭直下部、輸膽管開口部直下、廻腸末端部、結腸起始部及ビ結腸末端部ノ6ヶ所ニ於テ單純閉塞術ヲ施コシ、此等ノ際ニ血糖量及ビ血清沃度酸値ガ如何ナル移動ヲ示スカヲ檢索スルト共ニ、此等ト其生存時間、閉塞上部胃腸管内容、肝臟重量及ビ體重ノ減少度等ヲ比較考察シテ、其閉塞部位ノ高低ニ因リ生存時間ニ長短ノ差アル所以ニ關シテ檢索ノ步ヲ進メタリ。

供試家兎ハ體重約2斤内外ニシテ健康ナル雄性ヲ選ベリ。採血ハ股靜脈ヨリシ、術前及ビ術後ハ、1時、3時、6時、24時 後及ビ爾後ハ24時毎ニ之ヲ行ヘリ。血糖定量ハバンゲ氏新

法ヲ、血清沃度酸値定量一ハ近野氏ノ方法ヲ應用セリ。

1. 先ヅ血糖量ノ移動ヲ觀ルニ、生存時間ノ短カキ十二指腸ノ兩閉塞ニ於テハ一般ニ術後ノ過血糖ハ低下スルコトナクシテ上昇スルモ、幽門部及ビ廻腸末端部閉塞ニ於テハ、術後ノ過血糖ハ、1度正常値前後ニ復シタル後再び稍急峻ニ高度ノ上昇ヲ示ス。生存時間ノ長キ結腸閉塞ニ於テハ、術後ノ過血糖ハ一定時間後正常値ニ復シタル後、暫ク該値ノ前後ヲ來往シタル後末期ニ至リテ緩徐ナル上昇ヲ示セリ。
2. 血清沃度酸値ノ増加度ヲ觀ルニ、コハ全テノ部位ニ於テ、術後ハ等シク上昇ノ一路ヲ辿ルモノニシテ、高位閉塞程急峻ナル上昇ヲ示スモ、低位閉塞ニ於テハ其上昇稍緩慢ナルモ持續的ニシテ末期ニハ甚ダ高度ニ達ス。
3. 生存時間ヲ觀ルニ、結腸起始部閉塞ハ最も長ク、次ハ結腸末端部、廻腸末端部、幽門部、十二指腸乳頭直下部ノ順ニシテ輸尿管開口部直下ハ最も短シ。
4. 體重ノ減少度ハ生存時間ノ長キモノ程著明ナリ。
5. 肝重量ハ幽門部ヨリ廻腸末端部ニ至ル諸閉塞ニ於テハ略同量ナルモ、結腸ノ兩閉塞ニ於テハ減少ヲ示セリ。

以上ノ成績ニ於テ注目スベキ2事實ヲ認ム。即チ其1ツハ血糖量及ビ血清沃度酸値ガ、高位閉塞ニシテ生存時間ノ短キモノ程急激ニ移動シ、低位閉塞ニシテ其生存時間ノ長キモノ程緩徐ニ移動スルコトト、他ハ閉塞上部腸管内ニ於ケル内容物が、高位ニ於テハ液性ニシテ大量ニ貯溜シ巨大ナル容積ヲナセルニ反シ、低位ニ於テハ有形性ニシテ且ツ極メテ少量ナルコトニシテ、此兩者ガ互ニ因トナリ果トナリテ、高位閉塞死ヲ短時間ニ制限スル因子トナレルヲ想ハシム。即チ此等ノ害性作用ヲ更ニ要約スレバ、

第1ハ閉塞上部胃腸管内ニ存在セル體重約1/7量ノ液性内容物ノ貯溜ハ、其大半ハ消化管上部ヨリ不斷ニ分泌セラルル消化液及ビ胃腸管粘膜ヨリノ分泌物ニシテ、此等ノ喪失ハ個體々液ノ化學的性分ノ平衡ヲ異常ニ攪亂スルコト。

第2ハ此等ノ貯溜ニ要スル上腹部ノ胃腸管ノ巨大ナル容積ノ占居ハ近圍貴要器官ニ持續的壓迫性障礙ヲ及ボスコト。(分泌腺ニ於テハ其排泄管ノ鬱滯ニヨリ内部ヨリ著明ナル壓迫性變化ヲ與ヘ居ルコト)。

第3ハ其内容ノ醗酵分解ニ因ル毒物ノ產生ト其吸收ナリ。即チ高位閉塞ニ際シテ死ノ急激ナル主因ハ以上ノ3者ニ歸スベシ。是ニ反シテ上部消化管ヨリ分泌セラルル夥多ノ消化液及ビ胃内容物等ノ大部分ガ吸收シ得ル解剖的位置ニ在ル結腸閉塞ニ於テハ其生存時間ハ非常ニ長期ニ亘ルヲ常トス。此差異ハ上記内容物が吸收サルルト否トニ關スル所最も大ニシテ、其吸收ヲ可能ニスル爲ニハ、閉塞上部ニ可及的長キ健康ナル腸管ヲ必要トスルハ論ヲ俟タズ。之ヲ以テ本症ニ於テ閉塞部位ノ相違ニ因ル生存時間ノ長短ハ、閉塞上部腸管ニ於

ケル生理的吸収官能ヲ營ミ得ル面積ノ廣狹ニ比例スト考フルモ敢テ不當ニ非ルベキヲ信ズ。

30. 腸切除後再發ヲ起セル腸重積症ノ1例

大 阪 野 田 千 歳

(缺 席)

31. Braun 氏補助吻合部ヲ起點トシタル腸重積

京都(帝大外科) 奥 村 吉 文

幽門部腫瘍ノ患者ニ Miculicz-Krönlein 氏法ニ從ツテ幽門切除、Braun 氏補助吻合ヲ行ツタ。術後7日目ヨリ蠕動不穩現レ11日目ニ再手術ヲ行ツタ所腸重積デ Braun 氏吻合ノ肛門側15糎ガ Invaginat トナリ肛門側ニ陥入シテ居タノデ之ヲ整復シタ。然ルニ此ノ後2日目々方ヨリ再ビ蠕動不穩現レ3日目ニ第3回目開腹術ヲ行ツテ檢スルト Braun 氏吻合部以下ガ擴張充血シ80糎ノ所デ屈曲、纖維素性癒着ガアリ以下腸管ハ急ニ細クナツテキル。此際ノ通過障礙ハ此ノ癒着ニヨル狹窄ト考ヘルヨリハ寧ロ Invaginat 腸管ニ不全麻痺ガ起リソレ以下ガ虚脱ニ陥ツテ生ジタモノト理解スル。

32. 腸々吻合術ニヨリテ生ズル腸間膜間隙ニ就テ

岩 城 達

側々吻合術端側吻合術ニ於テ生ズル腸間膜間隙ヲ通シ腸管ガ竝入シ腸通過障礙ヲ起セシ症例ヲ報告シ、今後カ、ル吻合ノ際ニハ特ニ自覺ヲ以テコノ間隙ヲ閉鎖スベキコトヲ提唱ス。(日本外科實函第10卷第1號參照)

33. 潜在セル腸結核穿孔ニ依ル急性腹膜炎

京都(帝大外科) 草 島 貞 吉

腎臓結核及副辜丸結核ノ手術ヲ行ヒタル26歳ノ男子ニシテ、術後9日目ニ急激ニ急性腹膜炎症狀ヲ呈セルヲ即時手術ヲ行ヒ、一時良經過ヲトリタルニモ拘ラズ術後9日目創口ヨリ蛔蟲ヲ排泄シ、遂ニ鬼籍ニ入りタルヲ以テ、死後檢セルニ小腸ニ結核性穿孔ヲ認メシ1例ヲ報告シ、腹内臓ノ手術前ニハ原則トシテ驅蟲處置ヲナスベキヲ述ベタリ。

追 加

岐 阜 堀 内 千 俊

25歳ノ看護婦、從來健康ニテ勤務セルモノ、或夜10時頃裁縫中突然劇烈ナル腹痛ヲ來シ急性汎發性腹膜炎症狀ヲ呈セルモノニ就テ、開腹手術ヲ行ヒテ檢シタルニ、廻腸下端ニ近キ部ニ大豆大ノ腸管穿孔ヲ認メタリ。穿孔部ノ組織檢査ニヨリ結核性病變ヲ確カメ、潜在性腸結核ガ突然穿孔ヲ來シタルモノナル事ヲ知レリ。

34. 相異ナレル方針ニヨリテ治癒シタル皮下腸管破裂症ノ2例

京都(帝大外科) 小 津 茂

一般ニ腸管皮下破裂症ニ於テハ原則トシテ早期開腹ノ上腸管破裂部ノ閉鎖或ハ切除等ノ適當ノ處置ヲ行フベキデアルガ既ニ早期開腹ノ時期ヲ失シタル場合ニ於テ開腹ハ勿論救急ノ處置デアルガ如何ナル場合ニ於テモ腸管ノ閉鎖ヲ施行ス可キモノナルヤ否ヤハ大ニ考慮スベキデアル。報告セル2例ハ共ニ48時間ヲ經過セルモノハ破裂部腸管切除ニヨリーハタダ排膿管挿入ノミニヨリテ共ニ全治セルモノデアル。

35. 移動性盲腸症ノ診斷ニ就テ

京都(帝大外科) 高 安 彰

單ニ Rosenstein 逆症候即『仰臥位デハ Mc Burney 氏點ニ壓痛ガアリ、左側仰臥位ヲト
ル時ハ却ツテコノ壓痛ガ輕度ニナルガ、或ハ全ク消失スル』ト云フ事實ニヨリ臨床上直チ
ニ移動性盲腸ト診斷サレ、手術ニヨリコノ診斷ノ正シサ證明サレシ4臨床例ヲ述べ、コノ
Rosenstein 逆症候ハ移動性盲腸ノ臨床診斷ニ向ツテ pathognomonisch デ決定的ノ意義
ヲ持ツコトヲ示ス。但シ此ノ症候ガナイカラ移動性盲腸デハナイト云フ診ハ成リ立たメノ
デアル。

尙此ノ例ノ中一、單ニ胃障害ノ主訴ヲモチ、又機能検査上モ胃内容停滯著明デアツタモ
ノガ移動性盲腸ノ手術ノミニヨリ全ク苦痛ノ消失シタ例ヨリ、胃障害ノ如キ上腹部ノ疾患
ヲ思ハス主訴ノ患者ニ就テ、上腹部ニ病變ヲ示ス時モ勿論、殊ニ之ノナキ時ハ注意深ク下
腹部特ニ廻盲部ヲ検査スベキコトヲ注意ス。

36. Retropositio Coli ニ因スル盲腸軸捻轉ノ1例 神 戸 熊 野 政 明

56歳ノ Retropositio coli 有セル1男子ニ起レル盲腸部ノミニ來レル軸捻轉ノ1症例ヲ報
告シ、ソノ成立機轉ヲ考察シ、文献上甚ダ稀有ナルモノナルヲ説ケリ。

37. 上行結腸ノ外科ニ就テ

京都(帝大外科) 宮 司 克 己

上行結腸ノ中途切斷或ハ切開ハ忌ムベキ事デ、止ムヲ得ズ上行結腸ノ中途切斷或ハ切開
ヲ行フ時ハ其ノ縫合部ヲ體壁腹膜ニ縫合シテ、決シテ後腹膜結締織中へ落ち込マヌ様ニス
ル。然シ其レヨリモ寧ロ上行結腸全部ヲ切除スル方が安全デ、此レガ最も確實ナ手術方法
デアル。(標本供覽)

38. 蟲様突起炎發作後ニ現ル、機械的_Lイレウス_Tノ治療方針

京都(帝大外科) 仲 田 實 三 郎

蟲様突起ニ起ツタ炎症ガ尙十分ニ經過シテシマハナイ場合ニ起ツタ機械的_Lイレウスハ_T
治療上單ナル器械的_Lイレウス_Tノ場合ト同一視スル事ハ出來ナイ。即チ通過障害ノ直接原
因ヲ除イタノミデハ急激ナル蠕動運動ガ廻盲部ニオコル結果炎症治癒ニ大切ナル局所ノ安
靜ヲ得ル事が出來ズ引イテハ次ニ再ビ激烈ナル發作ヲ誘發シ時ニハ腹膜炎ヲ起ス事モアル
24歳ノ男子ニ於テカ、ル1例ヲ報告ス。依ツテカ、ル發作ノ再發ヲ絶對ニ避ケルタメニハ
局所ノ安靜ヲ保チ加フルニ腸内容通過ノ完全ヲ期スル事が斯ル場合ノ治療方針トシテ合理
的デアル。即チ partielle Ausschaltung mit Ileocolostomie ヲ行フ可キデアル。此ノ方針デ
好結果ヲ得タ2例ヲ報告ス。單一 Ileocolostomie ヲ行フノミデハ充分ノ目的ヲ達スル事が
出來ズ局所ノ安靜ハ保タレズ炎症ノ再發ハ免レ難イノデアル。其ノ適例ヲ19歳ノ男子ニ就
テ報告ス。

最後ニ本治療方針ハ蟲様突起炎ノミナラズ廻盲部ニ於ケル結核ニヨツテオコル_Lイレウ

ス⁷ノ場合ニモ應用スベキモノナル事ヲ附加ス。

39. 家兎蟲様突起ノ血管系ニ就テ

京都(府大外科) 河 村 謙 二

(原稿未着)

40. 畸形腫 (foetus in foetu)

京都(帝大外科) 高 安 彰

生後6ヶ月ノ女兒。ヒルシユスプルング氏病ノ如ク見ユル患者ニ就キ、臨床上直チニ手術ノ結果ト同ジク、後腹膜ノ腫瘍ニシテ且一部液體一部固體ヨリ成ルモノト診斷サレシ所見並ビニ理由ヲ述べ、且剔出サレシ標本及其X線寫眞、患者ノ寫眞ヲ供覽ス。

尙該腫瘍ハ、羊膜様ノ膜中ニ羊水様液大量ト約4ヶ月ニ相當スル略完全ナル胎兒ヲ含ム。臍帶様ノ物存スレド胎盤ハ認メズ。

41. 高度ナル腸管脱出治驗例

京都(府大外科)

來 須 正 男
角 川 英

患者ハ9歳ノ女兒、盲腸周圍炎切開後、腸瘻ヲ生ジ該腸瘻ヨリ腸脱出ヲ來シ漸次増大シ終ニ著シク高度ノモノトナリ半ケ年以上一頁リ腹壁外ニ慢性ニ脱出狀態ヲ持續ス。手術ニヨリ脱出腸管ノ全部ヲ切除シ全治ス。手術ノ結果、上行結腸瘻カラソレヨリ上部ノ腸管(盲腸、廻腸下部)ノ下行性脱出、ソレヨリ下部ノ腸管(横行結腸)ノ上行性脱出ヲ來シ、以テ甚ダ尨大ナル腸脱出ヲ生ゼルモノナルヲ明ニス。

追 加

京都(府大外科)

來 須 正 男

只今角田君ガ述ベタノハ最近經驗シタ例デアリマスガ、尙ホ數年前、4歳ノ女兒デ、盲腸部ガ下行性ニ重積シ結腸ノ全部ヲ通過シ肛門外ニ長ク脱出シ一見直腸脱出ノ如キ觀ヲ與ヘタ例ヲ經驗シマシタ。該例ハ盲腸底部内壁ニ指頭大ノ「ポリープ」存シ其ガ導子ヲナシ重積ノ誘因ヲナセルモノ、如ク觀ゼラレマシタ。

42. 直腸周圍膿瘍切開後剝離脱出セシ直腸粘膜ノ標本供覽

大 阪 増 永 恭 二 郎

43. 壓迫示界法ノ診斷上ノ意義

京都(帝大外科)

石 野 琢 二 郎

壓迫示界法トハ液ノ滲溜セル腫瘤ニ遭遇セル時ソノ中央ニ相當強イ壓ヲ加ヘ腫瘤ノ境界ガ健康部ニ對シ鮮明トナルヤ否ヤヲ檢スル方法ニシテ、コノ方法ニヨリ腫瘤ノ境界ガ凡テノ方向ニ明瞭トナル場合ハ第I圖ノ如ク菲薄ナ膜様物デ取り圍マレタ限局性液體デアルコトヲ證明シ即深部トハ何等交通ノナイ囊腫ナリ。例淋巴囊腫、粉瘤囊腫、陰囊水腫等。

若シ腫瘍ノ境界ガ明瞭トナラナイトキハ比較の肥厚シタ壁ヲ以テ取り圍マレタル液體ナルカ或ハ第II圖ノ如ク液體ノ一部ガ壓ニヨリ深部ヘ逃ゲテ行クタメニ鮮明トナラザルナリ。コハ結核性ノ流注膿瘍(寒性膿瘍)ニ特有ノ所見デ或ハ陰囊水腫ニテモ内容ガ腹腔ト交通シテカ、又ハ年月經過セル爲ニ壁ガ漸々炎症性ニ肥厚セル場合ナリ。脱腸性陰囊水腫、關節囊ト交通アル Hygrom 等。

次ニ壓迫示界法ガ診斷上有用ナ Anhaltspunkt ニナル臨床例ヲ述ブ。

第1例 69歳ノ女, 4, 5年前ヨリ左膝關節ニ鳩卵大無痛性ノ腫瘤アリ。漸次大イサヲ益シ, 又一方右鼠蹊部ニ鶏卵大無痛性ノ腫瘤アリ。

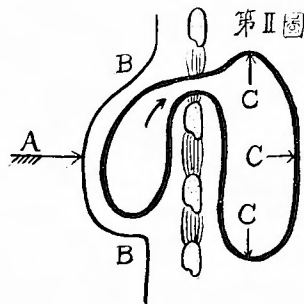
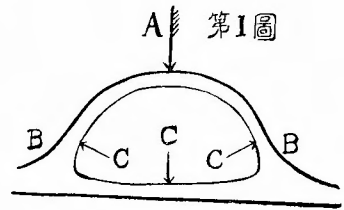
膝關節ノ腫瘤ハスベテノ方向ニ波動ヲ證明シ光ヲ透視ス即菲薄ナル膜様物ニテ圍マレタル囊腫ナルコトハ明ニシテ十分淋巴囊ヲ思ハシム。然ルニ壓迫示界法ハ豫想ニ反シ陰性ナリ又壓縮性モ無し。即コレハ淋巴囊腫ノ如ク見エテ, 内容液ハ僅カナガラ深部ト交通セルモノナルヲ以テ Hygroma ナル診斷ノモトニ手術ヲナスニ果シテ膝關節粘液囊ノ方向ヨリ細小ノ柄ヨリ交通セル Hygroma ナリキ。

又コノ患者ノ鼠蹊部腫瘍ハ無痛性軟ニシテ, 波動ヲ立證セリ又壓迫示界法ハ陰性, 壓縮性モナシ。光線ハ透過スル如シ。ヨツテ一見股「ヘルニヤ」ヲ思ハシメタレド, 血管裂孔ニ何等抵抗ナクコレト診斷ヲ下ス根據ヲ揃ヘルコト能ハザリキ。手術ニヨリ定型的ノ外鼠蹊「ヘルニヤ」ニテ内容ハ大網膜ノ一部ナリキ, 此時以上ノ症狀現ルモ當然ニシテ, 壓迫示界法ノ陰性ナルコトニヨリ内容ガ深部ト交通セルコトヲ始メテ知リタルモノニシテ, コレヲ試ミザルトキハ波動, 光線透過等ノ所見ニ誘惑サレ, 淋巴囊腫ナル誤診ニ導カレタカモ分ラズ。

次ニ寒性膿瘍ニ於テ, 例ヘバ結核性胸圍膿瘍ノ際原發竈ガ深部即チ肋膜カ或ハ表層即チ肋骨カ肋軟骨カニアル場合ニ於テ, 壓迫示界法ガソノ鑑別診斷ニ役立つコトアリ。

例, 第I例 23歳ノ女, 主訴ハ右前下胸部ノ限局性疼痛性腫脹ニシテ約2ヶ月前ヨリ同所ニ強キ壓痛アリ間モナク同所ノ膨隆ヲ來セリ。診ルニ第V肋軟骨部ヲ中心ニ鶏卵大ノ腫脹アリ, 皮膚ノ變化全クナクタゞ波動ヲ明ニ證明シ, 第V肋軟骨部ニ強キ壓痛アリ。寒性膿瘍ナルコト明ナレド, 壓迫示界法ヲ明ニ陽性ニ證明シタルヲ以テ深部即肋膜ノ方向ニ交通ナキコト明トナリ, 肋軟骨「カリエス」ヨリ生ゼシモノ即チ肋膜結核竈ヨリ寒性膿ガ沈下セルモノニハ非ザルトノ診斷ヲ下シ手術ノ所見ト一致セリ。

第II例 22才ノ女, 約4ヶ月前ヨリ右上側胸部ノ輕度ノ鈍痛ヲ訴ヘ, 右腋窩ノ直下ニ小兒手拳大ノ膨隆アリ。皮膚ノ變化ナク波動ハスベテノ方向ニ證明シ, 寒性膿瘍ナルコト明



ナリ。壓迫示界法ハ全ク陰性ニシテ深部即チ肋膜腔ノ原發竈ト交通セルコトヲ豫知ス。手術ニヨレバ皮膚下ニ現レタル膿瘍ハ小サク、相當大ナル瘻孔一ヨリ連絡セル深部ハ全ク結核性膿胸ノ如キ大ナル膿瘍ヲ形成セリ。

以上ノ事實ヨリ壓迫示界法ハ診斷上試ミテ然ルベキモノト考フ。

44. 植皮ノ仕方ニ就イテ

京都(帝大外科) 小澤 邦 香

最近京大外科教室ニ於イテ行ヘル植皮ノ中8例ニ就イテ考察シ、次ノ如ク結論ス。

1) Thiersch 氏法ニテハ必ズシモ肉芽ノ發生ヲ待ツニ及バズ、筋肉、筋膜、皮下組織及ビ骨髓ノ上デモ、直接ニ而シテ即座ニ表皮ヲ貼リツケ全創面ヲ蔽フヲ可トス。

2) 化膿菌ノ附着セル管ノ開放性外傷面ニテモ、化膿前時期一 Thiersch 氏法ヲ行ヒ、創液ノ出ザル様ニスルナラバ好成績ヲ擧ゲ得。

3) 創面ヲ普通ノ消毒藥(昇汞水又ハ「リバノール」液等)ニテ洗滌スルモ植皮ノ結果ヲ害セズ。

4) 普通ノ開放創ニ來ルガ如キ一定度ノ化膿アル肉芽面ヘ Thiersch 氏法ニヨリテ、表皮辨ヲ貼り付クルモ、創液ノ貯溜セザル様壓抵繃帶ヲ施スナラバ治癒スル事アリ。

5) Thiersch 氏法ニヨリ表皮辨ヲ貼り付ケシ部ハ之ヲ開放性ニ暴露シ乾ク様ニシテ置クモ可ナルモ、無菌ノ乾燥「ガーゼ」ニテ壓抵繃帶ヲ施ス方更ニ好シ。即チカクシテ植皮辨ト組織トノ間ニ體液ノ貯溜ヲ防グナリ。

6) 相當強キ化膿アル肉芽面ニテモ、Braun 氏栓植術ヲ施サバ、表皮ヲ以ツテ肉芽面ヲ覆蓋シ得。尙同種移植ニテモ一時ヨク成功スル事アリ。

7) 化膿性骨髓炎ニテ骨空洞形成後感染肉芽ノ空洞内ニ存スル場合ハ治癒困難ニシテ、カカル治療法トシテ Mangoldt 氏表皮播種法、或ハ Braun 氏表皮栓植法行ハレオルモ、之等ニ依ラズシテ Thiersch 氏法ヲ行ヒ壓抵繃帶ヲ行フ事ニヨリテモ成功ス。

8) 植皮辨ヲ取ラントスル皮膚ヲ前以ツテ普通ノ化膿菌(葡萄狀球菌)ニ對シテ局所性ニ免疫シオクハ合理的ナリ。

9) 既ニ植皮セル皮膚ニ向ヒテ引キ續キ免疫の處置ヲ施スナラバ好結果ヲ得。

45. 腮性癌カ甲状腺癌カ

京都(帝大外科) 弘 重 充

表題兩者鑑別ハ、成書ニモ記載サル、ガ如ク、不可能ナル場合モアリ得、演者ノ例ハ、腫瘤ノ性状ヨリ頸部ノ原發性癌ト考ヘラレ、位置ヨリシテ先ヅ甲状腺癌ヲ考ヘシモ尙腮性癌ヲ否定シ得ズ。此際甲状腺癌ニ伴ヒ易キ聲音嘶嘎ノナイ事又全然轉移ノナイ事ハ注目ニ値スル。摘出標本ハ腮性上皮癌デアツタ。

46. 汎發性乾癬ノ礎地ニ發生シタル癌腫ノ1例ニ就テ

鳥取(市立鳥取病院) 石谷 九左衛門

演者ハ61歳ノ男子ニシテ汎發性乾癬ヲ有スル患者ノ右足蹠ニ發生シタル癌腫ノ1例ニツキテ報告シ其組織標本ヲ供覽セリ。

47. 直腹筋内ニ發生セル「ペリテリオーム」 京都(帝大外科) 仲田 實三郎

20歳ノ婦人ニ於テ約3ヶ月前ヨリ右肋骨弓部ニ雀卵大ノ無痛性ノ膨隆ヲ來セリ。而シテ病歴及ビ局處所見ハ略胸圍結核ヲ思ハセリ。手術ノ結果ハ直腹筋内ニ發生セル腫瘍デ周圍ハ血管ニ富ンデ居ルガ全ク孤立性ニ筋肉内ニ生ジタモノナク、摘出標本ノ割面ハ實質性ニテ平等ナリ。組織的検査ノ結果「ペリテリオーム」ナル事ヲ知レリ。尙本腫瘍ノ「リムペディン」現象ハ陰性ヲ呈セリ。此ノ事實ヨリ從來「ペリテリオーム」ハ血管肉腫ト云ハレ肉腫ノ一種ト見ナサレタガ茲ニ於テ肉腫ト關係ナキモノト云ヒ得ルカト思ハレル。軟腦膜等々ニ發生セル例ハ時ニ報告サレテ居ルガ筋肉内ニ發生セルモノハ稀有ナリト考ヘル(組織標本供覽)。